UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(Mention Médecine)

Contribution à l'Étude

DES

TUMEURS DORSALES DU POIGNET

PAR

Eléonore ROSENBLAT

née à Odessa (Russie), le 16 avril 1887.

Président : M. ROGER, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, VI^e^

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie Chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeuthique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GILBERT CHAUFFARD
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	HUTINEL Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMOND-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A Mon Maitre et Président de Thèse

DOCTEUR H. ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

AVANT-PROPOS

Il est pour nous au début de ce travail un devoir impérieux à remplir ; celui de rendre hommage à M. le professeur Roger, qui fut et qui restera toujours notre maître de prédilection.

C'est dans son service, à l'hôpital Hôtel-Dieu, que nous avons acquis nos premières notions de médecine. Depuis ce jour, dans toutes les circonstances où nous avons eu recours à lui, nous l'avons constamment trouvé prêt à nous faciliter la tâche, à nous aider de ses conseils et de son expérience. Aussi nous sommes particulièrement heureux de saisir l'occasion qui s'offre à nous aujourd'hui de l'assurer de notre sincère reconnaissance et de notre respectueux dévouement. Nous prions M. le professeur Roger d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, dont nous avons recueilli les éléments dans son service à l'hôpital Hôtel-Dieu.

HISTORIQUE

La tuméfaction des tendons extenseurs des doigts, dans la paralysie saturnine, a été signalée pour la première fois par de Haen qui en 1745, en donnait une description : « D'une certaine dureté, dit-il, tantôt mobile, tantôt immobile, ayant un demi pouce de largeur, située sur le carpe, vers le milieu du métacarpe, au niveau du point précis où les tendons des radiaux externes s'insèrent aux têtes des métacarpiens et où l'extenseur des doigts émerge du ligament annulaire. Il semble que ce soit une dégénérescence de la membrane qui enveloppe cet extenseur. Si elle est immobile, elle gène le mouvement ; rarement si elle est mobile. Elle fait complètement défaut chez quelques malades. Il n'est pas rare qu'elle disparaîsse rapidement ; dans quelques cas elle persiste pendant des années ». Haen n'a pas rapporté d'observations à l'appui de sa description.

Merat, dans son traité de la colique métallique, en 1812 critique la description de Haen et rapporte la tuméfaction du carpe à la goutte.

En 1813, dans l'article colique de plomb, du dictionnaire des sciences médicales, Parisset confirmait la description de Haen, et signalait les tubercules mobiles et douloureux des extenseurs.

Plater avait bien parlé en 1602 de la paralysie des extenseurs, dont il donnait l'explication suivante : les tendons se sont infiltrés de sucs et se sont allongés, en sorte que la main tombe et ne peut plus se relever ; mais il ne parle pas de tumeur produite par cette prétendue infiltration tendineuse. Les saillies anormales du carpe dont il nous parle chez les saturnins, sont des proéminences des extrémités osseuses que Touquerel des Planches a décrit dans son traité des maladies de Plomb. Peut-être les matières terreuses, dont parle Plater et qu'indique aussi Haen, ne seraient-elles pas des tophies chez des individus chez lesquels l'intoxication saturnine se serait compliquée de goutte ?

La question en reste là. Lorsque, dans son service de Beaujon, Gubler eut l'occasion d'observer, pendant le courant de l'année 1867, trois cas de lésions des tendons et de leurs gaînes sur le dos des mains, chez des saturnins. Il publie ces trois observations dans Société médicale des Hôpitaux le 27 mars 1868 ; puis discute si cette lésion est goutteuse ou indépendante de cette dernière maladie. Après un examen approfondi des trois observations, le professeur Gubler résume lui-même son opinion ainsi que suit : « A part les symptômes arthritiques que les auteurs recommandables mettent sur le compte de l'empoisonnement par le plomb, il existe chez les saturnins, d'après mon expérience personnelle, des lésions analogues par le siège, mais différentes de celles de la goutte par l'ensemble de leurs autres caractères.

« Ces lésions accompagnent la paralysie des extenseurs de doigts et se développent quand cette paralysie est confirmée.

« Elles occupent la face dorsale des mains et plus pré-

cisément la région métacarpo-phalangienne, spécialement au niveau des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens.

« Leur siège anatomique est dans l'appareil tendineux de la région, dont les deux organes, tendon et gaîne fibro-synoviales, sont également affectés.

« Les gaînes sont épaissies, les tendons sont renflés en fuseau, probablement par le fait d'un travail subinflammatoire hyperplastique, sans exsudat fibrineux superficiel ni dépôt d'urates.

« Pendant la majeure partie de sa durée, ce travail morbide peut s'effectuer sans changement de couleur à la peau, sans tuméfaction du tissu cellulaire sous-cutané.

« A part la première période, il ne s'accompagne d'aucune douleur spontanée notable, et la pression ne développe qu'une sensibilité peu vive. En tous cas on n'observe pas cet érethisme inflammatoire qui caractérise les fluxions goutteuses proprement dits.

« Par tous ces caractères, la tuméfaction dorsale des mains s'éloigne des lésions manifestement goutteuses et semble constituer une altération spéciale.

« Mais, en l'absence de toute vérification anatomique de la lésion décrite dans ce travail et à défaut d'observation personnelle relativement aux symptômes véritablement goutteux chez les saturnins, je ne suis pas en mesure de nier plus absolument l'identité ni d'affirmer davantage la séparation des deux ordres de faits.

« La tumeur dorsale des mains n'est pas liée directement à l'empoisonnement par le plomb ; elle succède à la paralysie des extenseurs et ne se rencontre pas en dehors de cette localisation, dont elle suit jusqu'à un certain point les phases progressives et regressives.

« Pour l'expliquer on est réduit aux hypothèses. Le physiologiste peut invoquer la distension continue des extenseurs, leurs tiraillements plus ou moins brusques et intenses, résultant des secousses imprimées aux mains vacillantes, ou même de mouvements maladroits. On peut songer aussi à des troubles de nutrition plus spontanés, en rapport avec le désordre du système sensitivo-moteur et du grand sympathique, troubles qui seraient probablement favorisés par les conditions mécaniques indiquées ci-dessus ».

En 1868, Nicaise avait observé à l'hôpital de la Charité des cas semblables à ceux de Gubler.

Il publia le 23 mai 1868 dans la *Gazette Médicale* les observations dans lesquelles il nous donne une description du gonflement du dos de la main.

Il a fait l'autopsie du premier malade, et il a observé l'aspect tomenteux de la gaîne synoviale des tendons, mais il faut ajouter que le malade n'a pas présenté pendant sa vie le gonflement de la main. Il finit son travail en donnant les conclusions suivantes : « La lésion atteint presque uniquement l'extenseur commun et elle porte soit sur les tendons, soit sur les synoviales, soit sur les culs-de-sac inférieurs de cette dernière ; parfois le tissu cellulaire qui entoure cette gaîne est infiltré, œdémateux. La lésion des tendons est-elle sous l'influence de la goutte ? L'absence complète de cette diathèse chez tous les malades qui font le sujet de mes observations ne me permet pas de reconnaître ici une influence à la goutte. Les lésions des tendons des extenseurs paralysés appartiennent-elles en propre à l'intoxication saturnine. »

Une observation de Gubler répond négativement à

cette question. En effet, dans un dernier article dans la *Société médicale des Hôpitaux*, Gubler a publié un cas de paraysie des extenseurs des doigts avec tumeur des tendons et de leurs gaînes, sur la face dorsale de la main, chez un hémiplégique.

« Ce gonflement du dos des mains, chez les saturnins, ne se distingue en rien de celui qu'on a observé ensuite chez les autres paralytiques. Quant à la nature de la lésion, si certains travaux permettent de la rattacher à l'inflammation par troubles nerveux, de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour bien le faire connaître ».

Symptômes et marche

En lisant nos observations, la première chose qui nous frappe est l'apparition du gonflement du dos de la main consécutivement à la paralysie des extenseurs. Cette tumeur dorsale du carpe apparait progressivement et lentement, il est difficile de lui assigner un début brusque, et l'on peut dire, qu'elle suit de près la paralysie ou qu'elle marche de front avec le développement de cette dernière.

Si la tumeur doit se produire, elle aurait donc apparu cinq à six semaines, comme dernière limite, après la paralysie prononcée.

Le début du gonflement, avant même qu'il forme une élévation visible, peut s'annoncer par de la douleur.

La tumeur une fois formée, siège sur la face dorsale de la main à partir de l'extrémité supérieure des métacarpiens, qu'elle dépasse souvent, se dirige en bas en suivant ces petits os, et s'avance à peu près jusqu'à leur tiers inférieur. Les bords en sont plus ou moins marqués, tantôt saillants, tantôt s'effaçant insensiblement.

La peau qui recouvre la tumeur est généralement sans changement de couleur, mince, souple ; d'autres fois, ce qui est rare, elle est rouge et d'une température légèrement élevée.

A la palpation, la tumeur présente des consistances

bien différentes, ce qui s'explique par la diversité des tissus qui peuvent prendre part à la formation du gonflement. C'est souvent un véritable œdème conservant l'impression du doigt ; ou bien un empâtement dû à l'épaississement des gaînes tendineuses. Dans plusieurs observations, on a la sensation d'un liquide épanché dans ces gaînes, qui sont fortement distendues si l'épanchement est abondant ; si au contraire le liquide est en petite quantité, on ne le sentira qu'après avoir fait refluer dans le cul-de-sac de la gaîne tendineuse. Lorsque le liquide accumulé dans la synoviale des gaînes n'est pas trop abondant, ce qui n'est pas le cas ordinaire, on peut par la palpation sentir les nodosités dures, comme cartilagineuses, de la grosseur d'une lentille ou d'un petit haricot. Ces corps, légèrement fusiformes suivent les mouvements du tendon, dont ils sont un épaississement. On peut en trouver plusieurs sur un même tendon.

D'autres fois le tendon en entier sera renflé en fuseau dans sa portion carpienne, ou bien encore les tendons réunis de l'extenseur commun formeront un paquet plus volumineux que d'habitude.

Dans plusieurs cas, les tendons de l'extenseur commun des doigts, avaient acquis une mobilité transversale exagérée.

Ces phénomènes se montrent surtout sur les tendons de l'extenseur commun des doigts, et quelquefois sur les tendons des extenseurs propres.

Nous avons vu que la douleur pouvait précéder la tuméfaction ; mais la règle est qu'elle n'est ressentie par le malade qu'à mesure que le gonflement s'accentue. Cette douleur peut être spontanée.

Elle est alors plus marquée, souvent lancinante, ja-

mais bien forte ; elle se manifeste quelquefois seulement par une légère sensibilité de la peau. Elle est exagérée par les mouvements que l'on imprime à la main, surtout la flexion forcée ; la pression l'augmente.

La douleur spontanée est un fait exceptionnel ; la plupart de ces tumeurs sont arrivées à leur entier développement sans que le malade éprouvat aucune sensation.

Il n'en est pas de même de la douleur provoquée ; il faut une pression pour faire éprouver une sensation douloureuse au malade.

Plusieurs fois le malade accuse des douleurs lancinantes dans la nuit, et le matin on trouve la tumeur augmentée, pour la voir diminuer dans le courant de la journée.

Ce gonflement du dos de la main, qui fait son apparition à peu près en même temps que la paralysie, marche parallèlement avec elle pour disparaître lorsque les mouvements reviennent.

L'œdème et l'empatement s'effacent d'abord, les épaississements tendineux persistent longtemps encore, mais finissent à leur tour par ne laisser aucune trace.

Une autopsie dans un cas de Gubler faite trois semaines après la disparition du gonflement, montra les tendons et leurs gaînes parfaitement sains.

Pronostic

Cette tumeur, n'a rien de fâcheux en elle-même, seule la douleur, si elle existe à un certain degré, peut-être incommodante pour le malade. Le gonflement des tendons, dans les cas, où il a persisté pendant long-temps, n'a jamais empêché les mouvements des doigts, alors que les muscles revenaient à leur état normal.

Anatomie pathologique

Nous ne possédons malheureusement que deux autopsies que nous permettent d'étudier anatomiquement les lésions observées pendant la vie. Dans l'une celle de M. Nicaise, il s'agit d'un saturin qui ayant des paralysies des extenseurs n avait pas présenté la tuméfaction dorsale de la main ; néanmoins, il a constaté que la surface de la gaîne des tendons est légèrement tomenteuse.

Dans la seconde autopsie, faite sur un sujet hémiplégique, mort de ramollissement cérébral, M. Charcot a noté une injection de la membrane fibrino-séreuse engaînant les tendons.

On n'a pas eu l'occasion de vérifier sur le cadavre l'existence de l'œdème, ni de l épanchement dans la gaîne tendineuse, non plus que l'épaississement des tendons, qui ont été constatés si souvent sur le vivant.

Pathogénie

Il nous reste à examiner quelles explications nous pouvons donner de ces lésions des tendons et de leurs gaînes ; puis si, quoique présentant les mêmes caractères dans les diverses affections où on les a remarquées, elles doivent nécessairement avoir la même cause.

P. Gubler et Nicaise ont tout d'abord supposé que la position de la main, qui reste pendante à la suite de la paralysie des extenseurs, et par là le tiraillement continu des tendons étaient la cause de gonflement. Ils attribuaient ainsi ce phénomène à une lésion mécanique.

Cette hypothèse nous paraît renversée par l'observation que nous avons faite à savoir que c'est le matin que la tumeur était plus volumineuse et qu'elle diminuait pendant la journée.

Nous ne pouvons pas davantage supposer qu'il s'agit d'une inflammation traumatique, due à des chocs répétés, dont le malade n'aurait pas eu conscience par le fait de l'insensibilité de la région, puisque dans toutes les observations, la sensibilité a été trouvée intacte ou peu diminuée.

Nous ne pouvons point rapprocher le gonflement de certains troubles sub-inflammatoires, tels que ceux qui produisent les ankyloses dans les articulations des mem-

bres fracturés, immobilisés pendant longtemps dans les appareils.

Il ne peut y avoir aucune ressemblance entre cette immobilité relative que produit la paralysie des extenseurs dans ce cas.

Le processus qui amène les ankyloses incomplètes par suite de la rétraction des parties molles périphériques, est toujours très lent à se faire, tandis que nous voyons apparaître la lésion tendineuse peu de temps, trois jours même après la paralysie des extenseurs.

Nous devons laisser de côté, pour expliquer la tumeur du dos de la main dans la paralysie des extenseurs, l'hypothèse de troubles trophiques ou inflammatoires consécutifs à la paralysie des vaso-moteurs, puisque dans presque toutes ces tumeurs, il n'y a jamais eu la dilatation vasculaire, de changement de coloration à la peau, ni de calorification.

Les expériences physiologiques sur ces nerfs n'ont pu démontrer du reste qu'ils pussent causer une inflammation ou d'autres troubles semblables à la suite de leur section.

Cette lésion des gaînes tendineuses et des tendons doit-elle être assimilée aux arthropathies, suite de lésion et d'irritation du système nerveux, telles que nous les a fait connaître Charcot. Cela est évident pour l'observation que nous avons empruntée à Charcot, qui la donne lui-même comme observation type de lésion trophique due à l'irritation nerveuse. La lésion des gaînes tendineuses y est accompagnée d'une lésion semblable des articulations voisines.

Ici semble se rattacher les cas de Gubler et Huc-Ma-

zelet. Dans la première observation l'irritation qui produit la synovite et l'altération des tendons serait causée par une lésion cérébrale qui a amené l'hémiplégie ; et dans l'observation de Huc-Mazelet, depuis qu'on a démontré que l'atrophie musculaire progressive reconnaît pour cause une lésion anatomique de la mœlle.

On trouve dans le traité de l'électrisation localisée par Duchenne de Boulogne les lignes suivantes :

« La paralysie rhumatismale du nerf radial est par elle-même indolente ; cependant il arrive fréquemment que la flexion continue du poignet finit par provoquer une grande fatigue dans les articulations du carpe et une tuméfaction douloureuse de la face dorsale de celui-ci, tuméfaction qui me paraît due à la distension des tendons extenseurs des doigts ou de leurs coulisses sinoviales. Pour les troubles tendineux, observés chez les saturnins, nous ne croyons pas trop nous hasarder en supposant que nous avons affaire à une lésion de même nature ».

L'autopsie d'une femme morte de suite d'empoisonnement par le plomb, publiée par M. Gombault dans les *Archives de physiologie*, nous montre que la portion périphérique des nerfs se distribuant aux muscles paralysés était le siège d'altération qu'il décrit ainsi :

« Une augmentation notable du nombre de noyaux du tissu conjonctif intra-fasciculaire, puis d'autres noyaux en grand nombre qui appartiennent aux éléments nerveux eux-mêmes. Accolés à la face interne de la gaîne de Schwann, ils font saillie dans la cavité qu'elle limite et la remplissent parfois complètement. Des atrophies musculaires, dont la distribution est pour ainsi dire systématique, expliquées du reste par la névrite des ra-

meaux correspondants. La mœlle épinière a paru n'être le siège d'aucune lésion, les racines étaient saines. Ces troubles ne doivent-ils pas exister à un plus faible degré il est vrai chez les saturnins, qui fait le sujet de nos observations. Si nous l'admettons, on peut considérer le gonflement des tendons et de leurs gaînes des troubles trophiques causés par la névrite des nerfs de la région.

Nous devons abandonner la supposition qui a pu faire admettre que le gonflement dont il s'agit soit produit par des causes mécaniques.

Pas plus chez les saturnins, que dans les autres cas ou cette tumeur était observée, les causes d'ordres purement mécaniques ne sont capables à elles seules de produire cette synovite et surtout le gonflement des tendons, que nous rapportons, en les rapprochant ainsi des arthropathies de Charcot, à une lésion de système nerveux.

OBSERVATION I (*personnelle*)

Il s'agit d'une malade qui est agée de 33 ans, qui exerce la profession de ménagère. Elle est entrée dans le service de M. le professeur Roger le 14 janvier 1914, à l'Hôtel-Dieu.

La malade est soignée dans le service pour une quadriplegie d'origine polynevritique. Elle a débuté dans le service au mois de janvier dernier.

La malade est entrée à l'hôpital pour crises douloureuses dans les membres dont le début remonte à une dizaine d'années.

En dehors des crises pas de maladies antérieures. Elle est mariée depuis dix ans, mais pas d'enfants, pas de fausses couches. Elle a des pertes blanches d'une manière continue, mais peu abondantes et sans grand caractère. La malade nie tout antécédent alcoolique.

Le début des crises douloureuses pour lesquels la malade est entrée dans le service remonte il y a 10 ans.

Première crise en 1904, deuxième crise trois ans après en 1907, troisième crise en 1910 et quatrième en janvier 1914.

Les symptômes sont toujours les mêmes : douleurs bilatérales dans le bas-ventre, nausées, vomissements, un peu de fièvre. Durée de ces crises de 15 jours à un mois.

Le 14 janvier hors de sa crise on a porté le diagnostic de salpingyte double. Seize jours après de son entrée dans le service, la malade a une métrorragie très abondante survenue sans cause apparente, (elle n'a pas eu auparavant de retard de règles). On la transporte en chirurgie, mais les accidents s'étant calmés, on ramène la malade dans le service dans les premiers jours de février.

La polynevrite a débuté brusquement vers le 20 février par le bras gauche et la jambe droite.

Huit jours après le bras droit et la jambe gauche se prennent à leur tour. La malade se plaint de douleurs surtout marquées au niveau des membres inférieurs ; la douleur est réveillée par la pression des masses musculaires. La paralysie des quatre membres est complète ; impossible de faire le moindre mouvement.

Les reflexes sont abolis.

Pas de fièvre ; les digestions sont pénibles, la malade est constipée.

Vers le 15 mars les mouvements reviennent petit à petit, la regression de la paralysie débutant par les mmbres qui étaient pris les premiers.

Depuis quelque temps la malade présente au niveau de la face dorsale du poignet une petite tumeur bilatérale.

Depuis le mois d'avril ces tumeurs sont augmenétes de volume, étalées et atteignent le volume d'une pièce de 5 francs.

La tumeur est médiane, sa limite supérieure est un travers de doigt au-dessous de l'interligne de l'articulation du poignet sa limite inférieure d'un travers de doigt au-dessus de l'interligne métacarpo-phalangien.

La tumeur gauche est plus volumineuse, et à son niveau la peau est rouge, comme du côté droit.

Ces tumeurs sont indolores spontanément, mais leur palpation est douloureuse.

La palpation montre qu'elles sont formées par une série des noyaux juxtaposés et chaque noyau est allongé en une olive, semble siéger au niveau d'un tendon extenseur. Cette tumeur est mobile sur les plans profonds, et semble siéger uniquement dans la synoviale de l'extenseur commun des doigts.

L'examen actuel de sa polynevrite montre que les mouvements sont revenus au niveau des membres inférieurs ; au niveau des membres supérieurs, l'impotence porte actuellement surtout sur les extenseurs des doigts, et surtout au niveau du membre supérieur gauche. Les reflexes sont encore abolis. Pas de troubles de la sensibilité. L'état général est bon, les reflexes oculaires normaux.

La réaction de Wassermann ne revêt aucun accident syphilitique. Le 15 mai, la malade commence à marcher, mais se sert encore difficilement de ses mains.

Le 25 mai, un œdème apparut sur le pied gauche, qui commence au niveau de l'interligne métatarso-phalangienne et monte jusqu'aux malléolles.

Le 4 juin. La malade présente une certaine atrophie des membres supérieurs. La tumeur dorsale a diminué, elle est devenue plate sous l'influence de l'électricité. A la radiographie rien d'anormal.

OBSERVATION II

Un homme de 32 ans, exerçant la profession de plombier est affecté d'une paralysie dans les membres supérieurs.

Pendant la période croissante de la paralysie, des douleurs

se font sentir sur la face dorsale des mains qui subissent bientôt un gonflement considérable.

A l'entrée du malade, on constate sur les trajets des tendons extenseurs des tumeurs allongées, suivant exactement le trajet des tendons, à peu près comme font les nervures des gants piqués. Ces tumeurs, sans changement d'épaisseur, de consistance et de couleur de la peau, ni de tissu sous-jacent ne sont accompagnées de douleurs spontanées ni d'une sensibilité vive à la pression.

Ces tumeurs offrent d'ailleurs sous le doigt une dureté et une résistance telles qu'elles font songer aussitôt à l'existence de productions cartilagineuses. Leur forme est oblongue, leur saillie, par rapport au plan des parties profondes peut être évaluée à cinq ou six millimètres ; et quand on en explore la longueur, on sent deux ou trois renflements fusiformes paraissant appartenir aux tendons eux-mêmes.

Il n'existe d'ailleurs, pendant que le malade cherche à fermer le poing, aucun frottement, ou crépitation indiquant la présence d'un dépôt dans l'intérieure de la gaine tendineuse. (Gubler)

OBSERVATION III

Un homme de 38 ans exerçant la profession de peintre en bâtiment. La main droite présente de même que la main gauche, une déformation particulière. On constate sur le dos de la main, un peu au-dessous du poignet, une tuméfaction ovoïde.

Le malade a remarqué l'apparition de ce gonflement au début de sa paralysie, quinze jours après les premiers accidents. Il éprouvait en ce point de la douleur et des petits élancements, plus marqués quand il se servait de ses mains.

En cherchant à analyser la tumeur on trouve assez facilement qu'elle est formée par la tuméfaction soit des tendons, soit de la gaîne des extenseurs de l'index, médius et de l'annulaire. Il y a, en outre de la « tenosyte crépitante » aux deux avant-bras. (Gubler).

OBSERVATION IV

Il s'agit d'un malade de 22 ans, peintre en bâtiment, qui présente une tuméfaction dorsale du poignet, semblable par ce siège et par l'aspect, à celle qu'offrait les 2 mains chez les malades des observations 2 et 3. Cette tuméfaction montre assez nettement le renflement fusiforme des tendons dans les gaînes, dont la portion libre sous-cutanée, manifestement moins épaissie, permettant de mieux sentir les cordons tendineux renflés en fuseau. (Gubler).

OBSERVATION V

Hémiplégie gauche de cause cérébrale, avec prédominance de la paralysie dans les extenseurs des doigts : Un mois plus tard, tuméfaction des tendons et de leurs gaînes sur la face dorsale de la main paralysée. Amélioration de ce symptôme, ainsi que des phénomènes paralytiques.

Le 10 avril 1868, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler, le nommé Wilhelm âgé de 18 ans, cordonnier, en dernier lieu terrassier, qui a séjourné 20 ans en Afrique, où il a souffert de fièvres intermittentes et contracté un chancre non suivi de manifestations constitutionnelles. Comme beaucoup de ses camarades il abusait de l'absinthe. Le 9 avril 1868 cet homme ressent tout à coup du malaise et de l'engourdissement dans tout le côté gauche du corps. En même temps il s'aperçoit que le membre inférieur ne lui offre plus un appui solide, et que le bras et la main exécutent difficilement leurs mouvements accoutumés. A l'examen on constate qu'il existe un affaiblissement considérable des deux membres gauches ; le malade traîne la jambe en marchant et sa main n'exerce qu'une presison très faible. La paralysie porte principalement sur les extenseurs.

Le tact, chatouillement, douleur et température sont dimi-

nués. La vue a perdu de sa netteté, principalement a gauche. On porte le diagnostic d'une hémorragie cérébrale d'un très petit foyer et on prescrit une pilule purgative contenant calomel, aloës, gomme-gutte, 10 centigr. bromure de potassium en potion.

Dans l'espace de quelques semaines, l'état du malade s'améliore, la marche devient plus facile, ainsi que la sensibilité générale et la vue. Cependant la paralysie des extenseurs de la main gauche continue à faire de sensibles progrès.

20 *mai.* — On constate une tuméfaction notable des tendons extenseurs et un léger épaississement de leurs gaînes avec un certain degré de sensibilité à la pression.

25 *mai.* — De l'œdème est survenu à la face dorsale de la main, qui présente une surface régulièrement bombée, mais sans changement de couleur à la peau, sans élévation de la température et sans douleur spontanée. On ne voit plus relief des tendons comme du côté sain, où ils forment leurs saillies normales, parfaitement visibles. Quand on palpe les tendons de la main malade, on sent qu'ils sont épaissis, avec des renflements multiples, et si l'on veut les comprimer on provoque une douleur assez vive comparée par le malade, à une piqûre.

Frictions avec huile de camomille camphrée. L'œdème s'efface dans les premiers jours de juin, mais le dos de la main un aspect bombé par suite de la présence d'une petite quantité de synovie épanchée dans les coulisses synoviales des tendons extenseurs.

20 *juin.* — La sensibilité et la mobilité restent amoindries dans tout le côté gauche. Le bras gauche est diminué de volume. Le malade ne présente aucun symptôme de diathèse syphilitique, rhumatismale ou goutteux. Jamais il n'a manié le plomb. D'ailleurs il n'offre ni l'anémie et la cachexie des saturnins. D'un autre côté, il n'a jamais eu de chancres ni d'accidents imutables à la syphilis, et n'en porte aucun vetige. Le malade n'a pas souffert non plus de douleurs articulaires et

n'a pas remarqué de dépôt dans les urines. Ajoutons que depuis plus d'un mois que la tumeur dorsale de la main gauche a fait son apparition, il n'est survenu aucune douleur, aucun gonflement d'apparence arthritique, ni dans la main droite, ni dans aucune autre région du corps. (Gubler).

Voilà donc un sujet qui sans avoir été jamais exposé à aucun empoisonnement saturnin, a néanmoins présenté, concurremment avec une paralysie du membre supérieur, prédominante dans les extenseurs des doigts, une lésion de l'appareil tendineux identique avec celle qu nous avons décrite chez les saturnins. Ainsi le plomb n'entrait pour rien dans la production de cette lésion chez notre malade.

OBSERVATION VI

Paralysies saturnines, lésions des tendons extenseurs de la main et de leurs gaînes.

B..., 27 ans, tailleur en pierres, entre le 10 mai 1862 à l'hôpital de la Charité. Depuis le 9 avril, il travaille dans une fabrique de blanc de céruse, il entre à l'hôpital parce qu'il éprouvait de l'anorexie, constipation, douleurs dans les membres, des éblouissements, courbature, de la fatigue. 3 jours après son entrée il apparaît des coliques qui disparaissent 3 jours après.

La paralysie des extenseurs se développe insensiblement et au commencement de juillet, le malade ne pouvait étendre les doigts. Puis survient une paralysie des quatre membres, des crampes dans les bras, des douleurs dans les jambes. En août, on commence à électriser le malade.

20 *mai.* — Le malade marche bien, les mouvements du bras reviennent peu à peu. Les bras sont maigres.

On trouve du gonflement sur le dos des deux mains ; il a débuté vers le mois de novembre et devient assez volumineux, sans douleurs ; il diminue depuis six mois environ. La peau est brunâtre sur la face dorsale des deux mains.

Main gauche. — Le gonflement s'étend verticalement sur le milieu de la face dorsale de longueur de 7 centim. et largeur de 3 centimètres, est douloureux, difficilement mobile, sa partie la plus saillante est au milieu de la longueur.

Main droite. — Est dans la même position que la main gauche, les doigts sont légèrement fléchis. Le gonflement du dos est moins volumineux qu'il n'a été ; il présente une légère sensibilité, pas de rougeur.

Le gonflement semble siéger dans la gaîne de l'extenseur commun ; cette dernière ne renferme pas de liquide.

11 *juillet.* — Le gonflement persiste.

13 *juillet* — Le gonflement des mains est quelquefois plus marqué le matin.

22 *juillet.* — La paralysie des extenseurs est complète, sur le dos de la main, tumeur mobile, résistante, du volume d'une noisette, se continuant en haut avec le cylindre des tendons extenseurs ; en bas, les extenseurs s'échappent isolément de cette tumeur, sans former la saillie longitudinale, présentant seulement un peu de mobilité. Cette tumeur siège au niveau de l'extrémité supérieure du 3 ou 4 métacarpiens ; elle occupe le cul-de-sac de la gaîne de l'extenseur commun ; elle est plus volumineuse le matin, moins douloureuse.

Main gauche. — Même position que la main droite ; la tumeur occupe le même siège. Cette tumeur est plus dure, moins mobile que celle du côté opposé ; si l'on fléchit les doigts elle devient plus saillante en demi cylindre. Elle est formée par les tendons extenseurs. Ce gonflement paraît plus volumineux le matin, non douloureux. Le malade éprouve les élancements dans les épaules, les bras, surtout la nuit. Les mouvements du membre supérieur gauche se font mieux que du côté droit. (Nicaise).

OBSERVATION VII

Intoxication saturnine. Accidents divers, paralysies. Lésions des tendons extenseurs des mains et des parties molles voisines.

Malade de 36 ans, chaudronnier ; fièvre cérébrale à 8 ans. Il a travaillé une seule fois à la fabrication de la céruse, et vingt jours après il fut pris d'une colique de plomb, pour laquelle il entre à l'hôpital le 22 octobre 1862. Son état s'améliore, puis la colique de plomb a récidivé. A la fin du mois de novembre on observa le début de la paralysie des extenseurs dans le bras droit. La paralysie gagne rapidement les 4 membres. On commence à électriser le malade, son état s'améliore jusque vers le 15 janvier 1863. A cette époque la paralysie reprit son intensité, mais dans les bras seulement. Au mois de février il n'y a plus de paralysie des jambes.

Les extenseurs des bras sont encore paralysés ; le malade ressent des douleurs dans les bras. Depuis quelque temps, hyperestésie cutanée, très sensible au toucher. La force est revenue dans les bras ; les doigts ne s'étendent pas complètement. On trouve du gonflement sur le dos des mains ; il a débuté il y a trois mois, s'accompagnant d'une sensibilité plus grande que celle qui existe aujourd'hui.

14 *mai. Main gauche.* — La saillie siège au niveau des 3 et 4 métacarpiens, dont elle occupe presque toute la longeur, la peau est légèrement tendue ; pas de douleur, pas de fluctuation. Il semble que la tumeur soit due à un épaississement du tendon et des gaînes tendineuses des extenseurs.

Main droite. — Altération semblable.

20 *juin.* — Gonflement du dos de la main a diminué. Ce gonflement forme une tumeur résistante, dans laquelle on sent

facilement les tendons ; il semble qu'il y ait épaississement de la gaîne tendineuse. Du côté gauche le gonflement est semblable, il occupe le même siège et les mêmes dimensions, il est peut être un peu plus élevé et mieux limité sur les côtés.

Depuis un mois le malade éprouve des douleurs au niveau du 5e métacarpien ; ces douleurs sont vives au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, il y a un léger gonflement.

11 *août.* — Les bras ont repris une grande partie de leur volume.

Main droite. — Le gonflement du dos de la main a diminué beaucoup, on sent encore à la partie supérieure des troisième et quatrième métacarpiens une masse mobile qui se continue avec les tendons des extenseurs.

Main gauche. — Le gonflement existe surtout dans les deux tiers supérieurs du 3e métacarpien. Si l'on fléchit fortement les doigts, le gonflement existe sous la forme d'une corde dure, tendue et pas douloureux. (Nicaise).

OBSERVATION VIII

Paralysies saturnines. Gonflement douloureux du dos des mains. Lésions de leurs gaînes.

Il s'agit d'un homme, peintre en bâtiment depuis 28 ans, qui entre le 13 mai 1863 à l'hôpital de la Charité

Pas d'affections saturnines ; il a eu quatre coliques de plomb. Les coliques disparues, il lui resta de l'engourdissement dans les membres, et dans les articulations du membre supérieur. La paralysie revient au bout de 10 à 12 jours. Depuis quatre ou cinq jours, il est survenu du gonflement sur le dos des mains

3 *mai.* — Le gonflement est peu considérable, mal circonscrit, douloureux ; quelquefois le malade ressent des élancements, la peau est légèrement tendue. La partie moyenne du gonflement est au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne. Les doigts sont légèrement fléchis. La sensibilité est intacte.. Le malade n'a jamais été électrisé.

Le 14. — Emploi de l'électricité.

19 *juin* — Gonflement prononcé du dos des mains, empâtement, l'impression du doigt persiste. L'œdème fait presque disparaître à la vue de la saillie qui existait sur la main gauche. A droite le même œdème, quoique aussi prononcé, laisse voir la saillie qui est plus considérable. La lésion tendineuse s'accompagne d'une irritation de la gaîne et des parties molles voisines.

Le 25. — L'œdème persiste mais à un degré moindre. La saillie du dos de la main droite est bien marquée, elle a une forme triangulaire, à sommet en haut, les côtés se dirigent vers l'index et l'annulaire. Il semble qu'il y ait en ce point un peu plus de chaleur au toucher que dans les parties voisines.

13 *juillet.* — Le matin, le gonflement est un peu plus considérable.

Main gauche. — Œdème léger, dans tout le dos de la main. Au niveau de l'extrémité supérieure des 3e et 4e métacarpiens, saillie qui se dirige vers l'extrémité inférieure du 5e métacarpien, où se trouve au-dessus de cette extrémité une petite tumeur isolée, du volume d'un pois, développé sur ce tendon du petit doigt. Le gonflement diminue à la pression ; dans ce cas il semble qu'il y ait une lésion de la gaîne des extenseurs.

Main droite. — Œdème de même caractère. Le gonflement un peu douloureux.

La paralysie des extenseurs diminue lentement des deux côtés.

Rien aux pieds ; douleurs dans les jambes.

Le 30. — L'état général amélioré.

Main droite. — La paralysie des extenseurs persiste à un faible degré ; l'œdème du dos de la main est léger ; la tumeur est toujours sensible et douloureuse à la pression. Cette tumeur se continue en bas avec les tendons de l'index et du médius ; en haut avec les tendons extenseurs ; douleur au niveau de l'extrémité inférieure du 5 métacarpien ; mobilité des tendons.

Main gauche. — L'extension se fait comme à la main droite ; le gonflement du dos a diminué. Il semble que chez ce malade le gonflement siège à l'extrémité inférieure de la synoviale tendineuse et se prolonge un peu sur les tendons. Si l'on fléchit les doigts des deux côtés, le gonflement disparaît presque complètement, les tendons deviennent immobiles. Electrisation tous les jours.

Le 5 *août.* — L'état du malade est le même que le 30 juillet. Le gonflement du dos des mains n'a pas changé ; il y a toujours de la douleur au niveau du cinquième métacarpien, et cela sur les deux mains.

OBSERVATION IX

Paralysie saturnine des extenseurs et des parties voisines. Lésions des tendons.

Laurent, peintre en bâtiment, entre le 2 juillet 1863 à l'hôpital de la Charité. Il n'a jamais eu d'autres maladies que des affections saturnines. Premières coliques de plomb il y a 3 ans. Les extenseurs de la main droite sont paralysés, depuis 3 mois. Il y a 3 semaines, le malade a remarqué sur le dos de

la main droite, au niveau du métacarpe un gonflement léger, non douloureux, dont il ne reste pas de traces. Les tendons sont mobiles latéralement. Les extenseurs de la main gauche sont paralysés, depuis 4 semaines ; la paralysie est plus prononcée que du côté opposé, gonflement sur le dos de la main a débuté 3 ou 4 jours après la paralysie, sans être douloureux, sans rougeur à la peau. Ce gonflement siège sur le milieu de la face dorsale ; il est triangulaire à la base inférieure et repose par sa partie moyenne sur le 3e métacarpien ; il donne la sensation de l'œdème. Les tendons sont très mobiles ; on les sent distinctement et séparément surtout le tendon du médius, qui paraît augmenté de diamètre et donne vers le milieu du métacarpien la sensation d'une induration localisée; on le suit facilement jusqu'à l'extrémité inférieure de ce métacarpien (Nicaise).

OBSERVATION X

Paralysies saturnines. Albuminurie. Lésion de la gaîne des extenseurs de la main.

A l'autopsie d'un malade mort subitement à la Charité, après avoir présenté les symptômes d'intoxication saturnine, coliques, paralysies, albuminurie considérable. Il n'y avait pas de gonflement du dos des mains (les extenseurs étaient paralysés). La gaîne synoviale des extenseurs ne renferme pas une goutte de liquide ; la surface paraît légèrement tomenteuse ; il semble qu'il y ait un épaississement peu considérable de la membrane ; elle présente des tractus nombreux, minces, irréguliers, qui partent des parois pour adhérer aux tendons. Les dimensions de la cavité sont normales ; les tendons unis, brillants comme d'ordinaire (Nicaise).

OBSERVATION XI

Saturnisme. Paralysie des extenseurs. Gonflement du dos des mains.

Vuillet, peintre âgé de 32 ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Vulpian 1874.

Antécédents personnels. — Après la guerre, le malade se livra à la boisson ; il n'a jamais eu ni la syphilis, ni la goutte, ni rhumatisme. Depuis 15 ans, il travaille à la peinture de fleurs artificielles pour lesquelles il emploie de la céruse et du minium. 1873, les premières coliques, et à la suite de cela il ne se rétablit jamais complètement.

Le 20 octobre il fut pris d'une manière plus grave : coliques faiblesse générale, tremblements dans les bras et les jambes et paralysie des mains. Dans les deux membres supérieurs, les extenseurs des doigts sont paralysés.

Les longs supinateurs ont conservé leur action. La partie inférieure de l'avant-bras est amaigrie ; l'éminence hypothénar est surtout diminuée de volume ; les interrosseux sont intacts ; les deltoïdes ont un amincissement marqué. Analgésie et anestésie légère des deux bras ; la puissance musculaire est affaiblie. Tous ces phénomènes sont plus marqués au bras droit qu'au bras gauche. Dans les jambes, les mêmes phénomènes qu'aux bras.

Le 6 avril. — Au niveau du poignet, sur le dos des deux mains, on remarque un gonflement, sans changement de couleur à la peau, légèrement douloureux à la pression. Ce gonflement nettement circonscrit à la partie inférieure, va en s'effaçant à la partie supérieure, pour disparaître vers le ligament annulaire du poignet. A la palpation, il offre une sensation molle et fluctuante ; c'est un épanchement dans la gaîne des tendons des extenseurs des doigts. Cet épanchement plus marqué à la main droite qu'à la main gauche.

Le 5 mai. — Gonflement du dos des mains a diminué, on sent un empotement des gaînes tendineuses. Sur les deux mains

les extenseurs forment un gonflement fusiforme de la grosseur d'un haricot ; le renflement de l'extenseur de la main droite est plus volumineux. Les tumeurs sont dures, suivant les mouvements imprimés aux tendons. Le malade raconte que certains jours, les tumeurs dorsales de ses mains sont plus marquées le matin, et que cette augmentation s'accompagne de douleurs pendant la nuit qui précède ce phénomène.

24 *mai.* — La paralysie diminue dans les deux mains, surtout à gauche. Les tumeurs tendineuses qui existent seules ont également diminué et ne gênent pas les mouvements qui reviennent. (Nicaise).

OBSERVATION XII

Atrophie musculaire progressive ; tuméfaction du dos de la main droite apparaissant à la suite de la paralysie de l'extenseur commun des doigts.

Le nommé Pilon, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Professeur Vulpian 19 novembre 1873.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à l'âge de 33 ans, après une maladie de quelques jours. Mère morte à 71 ans, avec une paralysie faciale.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente prise au service militaire à l'âge de 21 ans. L'année suivante le malade est atteint de fièvre typhoïde ; 23 ans 1/2 une blennorragie.

En 1857, le malade travaillait dans un métier, et ce métier l'obligeait à élever et à abaisser alternativement ses bras pendant toute la journée ; il fut pris brusquement de faiblesse dans l'épaule droite, le bras tombait inerte le long du corps. A plusieurs reprises, il essaya de reprendre son travail ; mais il n'y put parvenir. Les traitements qu'il suivit restèrent sans résultat, la faiblesse persista du côté droit. En 1867, le malade eut la syphilis, puis il a ressenti dans ce temps là les douleurs

suivant le trajet du nerf radial droit. En 1872, au mois de décembre le malade s'aperçoit d'une faiblesse dans le bras gauche qui va en augmentant, jusqu'au moment où il ne peut plus se servir de sa main gauche.

Trois mois après, douleur vive dans les muscles de l'épaule, à la suite de laquelle le bras gauche ne peut plus être soulevé. Il entre finalement à l'hôpital, le 19 novembre 1873.

Au membre supérieur gauche, on remarque un aplatissement de l'épaule dont les saillies osseuses sont très apparentes. Le deltoïde a diminué de volume, de même que le grand et petit pectoral. En arrière, les fosses sus et sous-épineuses sont plus approfondies qu'à l'ordinaire par l'atrophie des muscles qui les recouvrent. Du côté droit, la diminution de volume des muscles de l'épaule, est moins marquée.

Les muscles du bras sont amincis ; ce phénomène est surtout marqué aux biceps. Les mouvements d'élévation, surtout du côté gauche, sont très difficiles ; la flexion et l'extension des mains et des doigts sont conservés.

Teinte cyanosée du dos des mains ; sensibilité normale.

La contractilité musculaire, examinée par les courants intermittents, est en raison directe du nombre des faisceaux musculaires respectés par l'atrophie ; c'est au biceps du côté gauche qu'elle est le plus diminuée.

L'atrophie continue à progresser petit à petit. A la fin du mois de mars on observe l'état suivant : atrophie des masses musculaires des avant-bras, principalement des radiaux et de l'extenseur commun des doigts, ce dernier étant plus atrophié du côté droit. La main du malade est dans l'attitude de la paralysie saturnine de début, c'est-à-dire la main est fléchie sur l'avant-bras, les doigts médius et l'annulaire sont fléchis sur la paume de la main ; au contraire le petit doigt et l'index sont dans l'extension, les extenseurs propres ayant été jusqu'à présent respectés pa l'atrophie.

Les interesseux et les éminences thénar et hypothénar des deux mains sont en état assez avancée d'atrophie.

Depuis quelques jours, le malade est affecté d'une saliva-

tion abondante, surtout nocturne, qui le fatigue, et pour laquelle on prescrit du sulfate d'atropine.

Au commencement d'avril, le malade accuse une douleur spontanée sur le dos de la main droite ; à l'examen on remarque un léger gonflement recouvert par une peau rosée, couleur qui disparaît par la pression. Cette pression est douloureuse. Ce gonflement, surtout marqué à partir du ligament annulaire o il commence, va en diminuant insensiblement jusqu'au tiers inférieur des os de la métacarpe, où il disparaît. Il a une forme triangulaire dont le sommet est dirigé en haut .A la palpation on sent un empotement, pas d'œdème sous cet empotement : les tendeurs des extenseurs communs des doigts, à l'endroit où ils se dégagent du ligament annulaire, formant un paquet plus volumineux, qu'à la main gauche ; il semble que chacun d'eux soit élargi, épaissi. Le malade quitte le service le 26 avril. Le gonflement sur la main droite existe toujours sans aucun changement ; il est assez douloureux à la pression (Nicaise).

OBSERVATION XIII

(Charcot)

Il s'agit d'une malade âgée de 69 ans, admise à l'hôpital de la Salpêtrière, le 26 janvier 1867.

Cette femme est retenue au lit depuis plusieurs mois par une affection du genou gauche. Ce dernier est considérablement tuméfié, douloureux, rigide ; les mouvements de l'articulation sont impossibles. Affaiblissement notable des facultés intellectuelles ; selles involontaires. Le membre supérieur gauche paraît un peu plus faible que le droit. Le 16 février, elle ne peut plus se servir de ce membre, qui retombe inerte après l'avoir soulevé. Il n'y a eu ni perte de connaissance, ni convulsions épileptiformes, ni céphalalgie.

Le 10 avril l'état général s'est aggravé ; une plaque livide s'est produite sur la fesse gauche. Appétit diminué, il y a un

peu de délire. Embarras notable de la prononciation. La face et les yeux paraissent constamment dirigés vers le côté droit. Les plis des joues, les ailes du nez sont effacés à gauche. Le membre supérieur gauche est flasque, inerte. Le poignet et le dos de la main sont volumineux ; la peau est de coloration rouge livide ; il y a de l'œdème et l'impression du doigt persiste pendant longtemps. Ces parties sont plus chaudes, que celles du côté opposé. Les mouvements provoqués dans les diverses articulations du membre supérieur gauche n'occasionnent que des douleurs légères. La peau n'est pas privée de sensibilité, et quand on la pince, il y a des marques de souffrance.

La malade succombe le 20 avril.

Autopsie. Ramollissement blanc violacé, occupant la substance blanche du centre ovale, et ayant envahi la presque totalité du lobe pariétal. L'hémisphère du côté opposé normal les artères de la base de l'encéphale et les ramifications saines. Articulation radio-carpienne gauche — la synoviale est injectée, tuméfiée, hérissée des prolongements villeux. Les cartilages diarthrodiaux présentent un reflet bleuâtre

Les tendons de l'extenseur commun des doigts de la main gauche, dans la partie où ils sont recouverts par le ligament dorsal du carpe, sont couverts par des nombreux vaisseaux distendus par le sang. Ces vaisseaux siègent principalement dans l'épaisseur de la membrane fibrino-sereuse qui recouvre les tendons et facilite leur glissement. Le professeur Charcot ajoute : « L'état hypérémique des gaînes séreuses, des tendons des muscles extenseurs communs des doigts au niveau du ligament dorsal du carpe, mérite d'être noté. J'ai rencontré une alternation analogue des gaînes tendineuses, concurremment avec la lésion des synoviales articulaires chez plusieurs sujets hémiplégiques, à la suite d'un ramollissement cérébral ».

OBSERVATION XIV

Paralysie des avants bras, tumeur du poignet.

F.., (menuisier) 28 ans, entre à l'hôpital Temporaire, service de M. Dieulafoy.

Il travaille depuis un an dans une fabrique de céruse. Il a été pris pendant cette période plusieurs fois de coliques. Depuis trois semaines des douleurs arthralgiquees très vives. La paralysie des extenseurs de l'avant bras leur à bientôt succédé. Le côté droit est plus affecté que le côté gauche. La face dorsales des deux mains est le siège d'une tumeur mobile sous la peau au niveau des tendons de l'extenseur commun, dont elle semble faire partie : la tumeur est douloureuse. On électrise les membres. La contractilité faradique, comme la contractilité volontaire sont abolies dans les extenseurs de quatre doigts.

Huit jours après l'électrisation les muscles commencent à répondre au courant, 8 janvier les radiaux se contractent sous l'influence de la pile. La tumeur dorsale a notablement diminué ; mais on la sent encore sous les doigts.

17 février : Il est possible au malade d'écrire (Labroué).

OBSERVATION XV -

Paralysie des avant-bras. Tumeur dorsale.

B..., 25 ans, ferblantier est entré le 12 juillet 1877 à l'hôpital Temporaire, service de Mr Dieulafoy. Depuis 16 ans il exerce son métier. De plus il habite Clichy, à 300-400 mètres environ de la fabrique de cerüse.

1872 il fut atteint pour la première fois de coliques. Au milieu de cette attaque, le malade ressent des crampes dans ses bras qui perdirent de leur force, et bientôt les mains s'infléchirent sur les avant-bras. La paralysie des extenseurs était à peine déclarée, qu'un gonflement indolent apparut sur la face dorsale des deux poignets. Le malade fut traîté chez lui par électrisation. Les bains sulfureux et d'iodure de potassium faisant en outre partie du traitement. Au mois d'octobre le malade avait entièrement recouvré les mouvements volontaires de ces muscles extenseurs ; les membres étaient seulement un peu amaigris et moins forts qu'auparavant. Quelques temps

après il quitte son métier, entre comme infirmier à l'hôpital, et y reste deux ans pendant lesquels il jouit d'une excellente santé. Le 19 avril 1875, il reprend son ancien métier, qu'il exerce pendant six mois. Les coliques ne tardèrent pas à revenir.

Entré à Lariboisière il en sortit le 15 janvier 1876 présentant comme la première fois la paralysie des membres supérieurs, et portant sur la face dorsale du poignet les mêmes tumeurs qui avaient déjà disparu avec la première attaque de paralysie. Quittant de nouveau son métier, il est reçu comme infirmier à Saint-Antoine. Là son embonpoint et ses forces redeviennent ce qu'elles avaient été.

Au mois d'avril 1877, il reprend son ancienne profession. Le 1er juillet il a des coliques.

Le 12 juillet il entre à l'hôpital Temporaire pour y subire une cure d'électrisation (Labroué).

OBSERVATION XVI

Il s'agit d'un malade qu'on a présenté à la clinique dans le service de Mr le professeur Dejerine. Ce malade a une paralysie radiale qui est survenue lentement, et le malade a vu sa force diminuer progressivement. Il présente un peu d'atrophie portant sur les extrémités des doigts et du poignet du côté gauche, et présente en même temps, ce qu'on appelle la tumeur dorsale du poignet. Ici on ne peut invoquer de cause locale mais, en recherchant dans les antécédents on constate qu'il y a six mois le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde très grave. C'est alors qu'il était bien remis et en pleine convalescence qu'il commença à souffrir du bras gauche où la paralysie ne tarda pas à se localiser dans le domaine du radial.

C'est une névrite infectieuse avec localisation particulière dont le pronostie est favorable, maïs qui nécessite des soins très longs, électricité et massage, en raison du degré très marqué d'atrophie.

CONCLUSION

Il serait légitime de considérer la synovite des tendons comme un trouble de nutrition dépendant de l'altération nerveuse qui se traduit par la paralysie sensitivo-motrice d'une région circonscrite des avant-bras. Mais il serait également permis d'y voir la conséquence des conditions mécaniques nouvelles dans lesquelles se trouvent les membres affectés.

Les mains étant habituellement pendantes, il en résulte une distension continue des tendons extenseurs, lesquels peuvent subir en outre de temps à autre, par l'effet des secousses ou de mouvements mal calculés, des tiraillements subits et violents capables de provoquer dans leur tissu et dans celui de leurs gaînes, une irritation nutritive favorisée déjà par l'état morbide de l'innervation.

Vu : le président de Thèse
ROGER

Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Index bibliographique

Gubler. — De la tumeur dorsale des mains dans la paralysie saturnine des extenseurs des doigts. *Société méd. des hopit.* 1868.

Nicaise. — Gonflement du dos des mains chez les saturnins. *Gazette médic. de Paris*, 1868.

Herard. — Tumeurs dorsales des mains. *Société méd. des hôpit.* 1868.

Huc-Mazelet. — Du gonflement qu'on observe sur le dos de la main à la suite de quelques paralysies. Thèse de Paris 1877.

Labroué. — Thèse de Paris, 1877.

Charcot. — Sur quelq. arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la mœlle épinière. *Archives de physiologie*, 1868.

Dejerine. — Clinique de M. le professeur Dejerine. Trois cas de la paralysie radiale. *Journal de Méd. et chirur. pratique*, 1912

Table des Matières

Avant-Propos . . . . . .
Historique 11
Symptômes et marche 17
Pronostic. 21
Anatomie pathologique 23
Pathogénie 25
Observations 28
Conclusion 41
Index. 59

Imprimerie Spéciale des Thèses de Médecine

OLLIER HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, VI^e^, Paris